

介護保険負担限度額認定申請書

水戸市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限

被保険者番号・個人番号が分からない場合、この欄は空白でも構いません。

フリガナ 被保険者氏名	ミト ハナコ		被保険者番号		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
	水戸 花子		個人番号		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0			
			生年月日		昭和3年1月10日														
住所	水戸市中央1-4-1							電話番号 029-232-9177											
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	特別養護老人ホーム〇〇園							電話番号 029-123-4567											
入所(院)年月日 (※)	令和8年1月5日				(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入不要です。														
配偶者の有無	有				配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」 については、記載不要です。														
配偶者に関する 事項	フリガナ	ミト イチロウ																	
	氏名	水戸 一郎																	
	生年月日	大正15年6月7日				個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	0
	住所	水戸市中央1-4-1							電話番号 029-232-9177										
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合) 課税状況	市町村民税 非課税																	
収入等に関する 申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者																		
	<input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額82.65万円以下です。(受給している年金に〇してください) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。																		
	<input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額82.65万円を超え、120万円以下です。																		
	<input checked="" type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額120万円を超えます。																		
預貯金等に関する 申告 ※通帳等の写し は別添	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、 ③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、 ⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。																		
	預貯金額	9,313,830円			有価証券 (評価概算額)	円		その他 (現金・負債を 含む)		() ※ 円 ※内容を記入してください。									

配偶者とは、妻もしくは夫のことです。
別居・別世帯・内縁関係も含みます。

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	水戸 太郎	連絡先(自宅・勤務先)	029-224-1111
申請者住所	〒 水戸市中央1-4-1 310-8610	本人との関係	子

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

(裏面も記入してください。)

記入例

通帳の写しの添付は不要です。
 下の欄に最新の預貯金の残高等を記入してください。
 ※郵送による提出の御協力をお願いします。

収入等申告書

1 本人の預貯金等状況

区分	有無	預貯金先・種類等	預貯金額・評価概算額等
預貯金	<input checked="" type="checkbox"/> 有	水戸銀行 [市役所 支店]	1,234,567 円
	<input type="checkbox"/> 無	千波信用組合 [県庁 支店]	2,345,678 円
	<input type="checkbox"/> 無	ゆうちょ銀行 [一二三 支店]	123,456 円
有価証券等	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input checked="" type="checkbox"/> 無		円
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 有	タンス預金	200,000 円
	<input type="checkbox"/> 無		円
計①			3,903,701 円

申請日時点での残高を
1円単位まで記入してください。

有・無のどちらかに必ず☑をいれてください。

2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	預貯金先・種類等	預貯金額・評価概算額等
預貯金	<input checked="" type="checkbox"/> 有	ゆうちょ銀行 [一二三 支店]	2,210,006 円
	<input type="checkbox"/> 無	水戸銀行 [三の丸 支店]	1,000,123 円
	<input type="checkbox"/> 無	[支店]	円
有価証券等	<input checked="" type="checkbox"/> 有	〇〇証券株式	2,000,000 円
	<input type="checkbox"/> 無		円
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 有	現金	200,000 円
	<input type="checkbox"/> 無		円
計②			5,410,129 円

合計 (①+②)

9,313,830 円

※合計金額が「収入及び預貯金等に関する申告」の欄に記載された預貯金等の額を超えた場合、負担限度額認定証の交付対象になりません。

同意書

水戸市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに照会することに同意します。

令和8年 8月 1日

更新日の日付
(8/1)を記入してください

【本人】 住所 水戸市中央1-4-1

氏名 水戸 花子

氏名は必ず手書きで
記入してください

【配偶者】 住所 水戸市中央1-4-1

氏名 水戸 一郎